FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1891-1892 N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE
DE
L'AMYGDALE PHARYNGÉE

Des Adénoïdites

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 JANVIER 1892

PAR

Jean-François-Victor REY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Aguessac (Aveyron), le 21 Octobre 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	MASSE.	professeur,	*Président*
	AZAM.	professeur,	*Juges*
	RONDOT.	agrégé,	*Juges*
	POUSSON.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25
—
1892

L

T

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1891-1892 N° 32

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE

DE

L'AMYGDALE PHARYNGÉE

Des Adénoïdites

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 JANVIER 1892

PAR

Jean-François-Victor REY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Aguessac (Aveyron), le 21 Octobre 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MASSE.	professeur,	*Président*
AZAM.	professeur,	*Juges*
RONDOT.	agrégé,	*Juges*
POUSSON.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
MERGET..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et Thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	De FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ Ch.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. BOURSIER. FERRÉ. | Histoire naturelle. M. De NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. N..
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales	N...
Clin. des mal. syphil et cut.	ARNOZAN	Accouchements	RIVIÈRE
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER	Chimie	DENIGÈS
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON	Physique	SIGALAS

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans » les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs » auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MES FRÈRES ET MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON AMI ÉMILE COLLIÈRE

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A MES MAITRES

A Monsieur le Docteur BÉRENGER-FÉRAUD

Directeur du Service de santé au Ministère de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A Monsieur le Docteur MOURE

chargé du cours de Clinique laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Docteur MASSE

Professeur de Médecine, opérateur à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction Publique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0025

INTRODUCTION

Depuis que l'amygdale pharyngée a été décrite par Lushka en 1868, de nombreux auteurs se sont occupés des troubles qui surviennent dans les divers appareils de l'organisme, et qui sont le fait de l'hypertrophie de cet organe glandulaire.

On a fort bien décrit l'arrêt de développement, les troubles respiratoires et vocaux, les déformations du thorax et de la face, les lésions de l'oreille qui existent chez certains sujets atteints de végétations adénoïdes, en particulier chez les enfants.

Notre intention n'est pas de reprendre à fond cette étude à laquelle nous n'aurions à apporter rien de nouveau et qui, d'ailleurs, a été très bien faite dans une foule de travaux français ou étrangers. Quelques-uns sont encore récents, tels que les ouvrages de Lœvenberg (1879), Dubief (1878), Peisson (1883), Tédenat (1885), Châtellier (1886), Collet (1886), Ragonneau (1890), en France; Michel de Cologne, Schall, Justi, Voltolini, Stœrck, Trautmann et Fraenkel, en Allemagne; Creswell-Baber, Woakes et Trurell-Makensie, en Angleterre; sans parler des nombreux articles parus dans les journaux, en France, en Allemagne, en Angleterre, en Italie et en Amérique (États-Unis).

Mais en parcourant les diverses monographies et les revues qui s'occupent de la question, nous nous sommes aperçu que partout, les auteurs n'ont décrit que des hypertrophies volumineuses de la glande de Lushka, rapportant à un même type, qu'ils désignent sous

le nom de végétations adénoïdes, et négligeant d'envisager la possibilité d'une hypertrophie momentanée, moyenne ou peu accusée de cet organe, laquelle est loin d'entraîner les mêmes désordres que la première.

De plus, on ne s'est pas assez préoccupé de ce fait, à savoir que les sujets, porteurs de ces sortes de tumeurs, ne se présentent pas toujours à nous sous le même aspect : le plus souvent, les troubles fonctionnels qu'ils acccusent, existent chez eux avec une médiocre intensité, ou même peuvent disparaître tout à fait, momentanément, chez ceux qui ont des végétations adénoïdes peu volumineuses, puis tout à coup, sous l'influence d'une cause extérieure quelconque, ou à la suite d'un état morbide général, les symptômes s'accentuent, les désordres deviennent plus graves, l'état général est influencé et *nous assistons à une véritable poussée inflammatoire aiguë du côté du pharynx nasal.*

En outre, les médecins qui s'occupent plus particulièrement des affections de l'oreille, du nez et de la cavité naso-pharyngienne, ont aujourd'hui tendance à considérer le tissu adénoïde du pharynx comme une véritable amygdale, et, à cet effet, lui ont donné le nom de troisième amygdale. Cette juste comparaison qu'ils ont ainsi établie entre la tousille pharyngée et ses congénères palatines repose sur leur identité de structure anatomique. Ne serait-il pas possible de pousser encore plus loin la similitude et de dire que la glande de Lushka possède une pathologie propre qui présente avec celles de l'amygdale de frappantes analogies?

Ce sont ces diverses questions qui font l'objet de notre travail.

Notre thèse est divisée en quatre parties :

PREMIÈRE PARTIE

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques sur l'amygdale pharyngée et les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ;

Pathologie de cet organe en général. Son assimilation avec l'amygdale palatine au point de vue pathologique ;

Définition des adénoïdites, leurs divisions.

DEUXIÈME PARTIE

Étiologie ;

Symptomatologie de l'hypertrophie amygdalienne chronique, connue sous le nom de végétations adénoïdes ;

Hypertrophie aiguë. Symptomatologie.

TROISIÈME PARTIE

Marche ; Durée ; Terminaison ;

Diagnostic et pronostic ;

Traitement.

QUATRIÈME PARTIE

Observations et conclusion.

Nous ne saurions aborder notre sujet, sans remercier M. le docteur Moure, qui nous a donné l'idée de ce travail, et qui nous en a facilité l'accomplissement par ses conseils et ses leçons.

Que M. le professeur Masse reçoive aussi tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant notre séjour à Bordeaux.

Des Adénoïdites

INFLAMMATION DE L'AMYGDALE PHARYNGIE

Aiguë ou Chronique.

I

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques sur l'Amygdale pharyngie et les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. – Leur assimilation.

La glande de Lushka, encore appelée tonsille pharyngienne, a été signalée pour la première fois par Lacauchise en 1853.

Elle est située entre l'apophyse basilaire et l'orifice postérieur des fosses nasales, exactement sur la ligne médiane. Elle descend sur la paroi postérieure du pharynx et forme le fond des fossettes de Rosenmüller.

« Son épaisseur normale est au maximum de 7 millimètres. Dans sa texture entrent de nombreux follicules et des glandes en grappe; sa structure répond à celle des tousilles palatines. Quel que soit l'arrangement, c'est toujours au fond une charpente formée de cordages délicats, réticulés, dans les mailles de laquelle les éléments analogues aux cerpuscules lymphatiques sont en grande quantité, si bien que tout le reste est couvert par eux. » Telle est la description qu'a donnée en 1868 Lushka de la glande qui porte son nom. Pour compléter la description de Lushka, nous ajouterons que d'après Dubief, la muqueuse qui la recouvre est sillonnée de plis qui inter-

ceptent une série d'anfractuosités et de saillies qui lui donnent un aspect mamelonné et caverneux, une vague analogie avec une éponge.

Sur les saillies et surtout dans les anfractuosités, il existe un grand nombre de glandes en grappe qui ont la même structure que celles du voile du palais.

Près de la limite inférieure de la tonsille et sur la ligne médiane, il existe un orifice qui conduit dans un cul-de-sac de 1 centimètre environ de profondeur, qui s'enfonce dans le tissus fibreux de la paroi pharyngienne : c'est la *bourse pharyngée.*

La glande que Lushka a décrite chez l'adulte, est aussi parfaitement constituée chez l'enfant; on peut même dire que chez lui le tissu adénoïde s'y trouve en plus grande abondance.

La muqueuse pharyngée, sous l'influence de causes dont nous aurons à parler, peut présenter une hypertrophie généralisée de ses éléments lymphoïdes; le tissu adénoïde est alors disséminé en nappe et occupe tous les points de la cavité naso-pharyngienne; il y a là une véritable infiltration de la muqueuse par les follicules clos.

Mais, le plus souvent, on observe de véritables néoplasies localisées en divers points de l'arrière nez, principalement sur l'amygdale pharyngée et à l'orifice des trompes. L'existence de ces tumeurs coïncide presque toujours avec un certain degré d'hypertrophie de la muqueuse dans leur voisinage.

Leur siège est important à noter, car il est le point de départ de la symptomatologie toute spéciale que déterminent ces tumeurs.

Tantôt elles sont situées sur la paroi postérieure du pharynx, tantôt au contraire elles se développent de préférence sur les parties latérales. Dans le premier cas elles ont tendance à obturer l'orifice postérieur des fosses nasales (choanes) et à produire surtout des troubles respiratoires; dans le second elles gênent le fonctionnement de l'oreille moyenne en empêchant le renouvellement de l'air dans la caisse du tympan et provoquent plus spécialement alors des troubles auriculaires.

Quelquefois enfin, l'arrière cavité des fosses nasales est toute entière envahie par une masse de tissu adénoïde, sans forme déterminée qui ferme l'entrée des trompes et obstrue les choanes.

Microscopiquement ces tumeurs présentent un aspect tomenteux qui donne à la muqueuse un aspect chagriné, leur surface est parsemée de saillies formées par l'hypertrophie des follicules clos. Elles peuvent être ***sessiles*** ou ***pédiculées*** et, dans ce cas, elles sont ordinairement divisées en plusieurs lobes séparés entre eux par de petits sillons presque toujours remplis de mucosités.

Il en est une forme signalée par Collet (thèse de Lyon) qui se fait remarquer par sa fréquence : « Il n'est pas rare de rencontrer une quantité de productions effilées, suspendues à la voûte du pharynx, retoucher vers le bas, parallèles entre elles et serrées les unes contre les autres. Si l'observateur fait pénétrer son doigt au milieu d'elles, il perçoit une sensation analogue à celle des circonvolutions cérébrales et il retire le doigt couvert de sang car le plus léger contact suffit à provoquer un écoulement. »

Chez l'enfant les masses adénoïdes sont volumineuses et molles, elles donnent au doigt qui explore la région la sensation d'un corps gras.

Chez l'adulte elles s'affaissent et prennent une consistance plus grande, les saillies que l'on rencontre chez l'enfant ont disparu et les dépressions sont quelquefois moins marquées, d'autrefois au contraire elles sont plus profondes au point de simuler de véritables recessus.

Histologiquement ces tumeurs présentent à étudier un épithélium et une masse sous-jacente.

A. Épithélium. — L'hépithélium dérive de celui de la muqueuse pharyngie. C'est dire qu'il présente avec lui une grande analogie. A la surface on trouve une couche de cellules cylindriques à cils vibratiles; ces cellules longues, étroites et parallèles entre elles ont

une extrémité libre, large et plate tandis que l'extrémité qui sert d'implantation se termine en s'effilant. Le noyau, volumineux, est en général plus rapproché de cette dernière extrémité que de l'autre; il se colore fortement en rouge par le picrocarmin. Au-dessous de cette couche existent d'autres cellules épithéliales, plus jeunes, qui répondent à la couche génératrice de l'épithélium.

B. Masse de la tumeur. — Elle est constituée par des faisceaux connectifs plus serrés vers le pédicule de la végétation et qui de là s'irradient vers la périphérie en s'amincissant et en s'écartant. L'intervalle, laissé libre par l'écartement des fibres connectives, est rempli par un réticulum conjonctif et surtout par des follicules clos. Ces derniers abondent surtout à la périphérie et font souvent saillie à la surface de la production. Ils sont fermés d'un riche réseau lymphatique et contiennent des capillaires dont la paroi est formée d'une simple couche endothéliale. Un grand nombre de vaisseaux parcourt la tumeur et de cette richesse vasculaire résulte l'hémorragie parfois considérable qui survient au moment de l'extirpation.

On y trouve aussi disséminées, quelques glandes acineuses qui proviennent sans doute de l'épithélium et qui paraissent avoir été englobées dans la masse de la tumeur par la prolifération lymphatique.

Nous ferons remarquer que l'amygdale pharyngée ou encore les végétations adénoïdes qui représentent cet organe avec un plus grand développement, sont de tous points comparables au tissu de l'amygdale au point de vue de leur structure. Nous trouvons en effet de part et d'autre des amas folliculaires enveloppés par un réticulum conjonctif et munis d'un très riche réseau lymphatique.

Ne serait-il pas possible d'aller plus loin encore et de porter l'analogie sur le terrain pathologique? L'observation nous démontre que les organes qui ont une même conformité anatomique sont en général envahis par les mêmes processus morbides.

Nous allons examiner cette proposition dans le paragraphe suivant.

Des Adénoïdites simples.

Définition. — Nous appelons adénoïdite, l'inflammation de l'amas des follicules clos ou du tissu conjonctif, situés sur la voûte du pharynx et désignés sous le nom de troisième amygdale ou amygdale de Lushka.

Cette définition implique chez les malades atteints de cette affection l'existence de masses adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne.

On voit par là que l'adénoïdite est une maladie dévolue à un petit nombre de sujets, car il convient de ne pas la confondre avec la pharyngite supérieure qui est l'inflammation de la muqueuse pharyngienne chez les individus qui ont un pharynx normal, et chez lesquels la glande de Lushka n'a pas envahi le tout ou une partie de cette cavité.

Mais avant d'aller plus loin, il convient d'établir des divisions pathologiques, fondées sur la nature du processus morbide qui envahit le pharynx. Nous distinguerons trois variétés d'adénoïdites.

1° Les adénoïdites simples ou catarrhales ;

2° Les adénoïdites suppurées ;

3° Les adénoïdites infectieuses.

Cette division repose sur l'observation clinique. Elle a de plus l'avantage de consacrer l'étroite relation qui existe entre les masses lymphoïdes de la bouche et du pharynx, au point de vue des manifestations pathologiques. D'un côté comme de l'autre, nous trouvons en effet même étiologie, même pathogénie dans les affections, et, de plus, les complications qui peuvent survenir quand ces deux organes sont envahis par les processus morbides sont absolument les mêmes, sinon au point de vue symptomatique, du moins au point de vue anatomo-pathologique. Les mêmes causes : lymphatisme, scrofule, hérédité, action du froid, traumatisme, fièvres graves et états infectieux portent leur action sur les masses folliculaires des cavités et il arrive même

souvent que les mêmes affections s'établissent parallèlement et en même temps sur les trois amygdales. C'est ainsi qu'on observe quelquefois, chez les enfants entachés de lymphatisme, de l'hypertrophie amygdalienne avec des masses adénoïdes pharyngiennes concommittantes.

De même, très souvent l'inflammation des tonsilles palatines se propage à la tonsille du pharynx ou réciproquement. Cependant de ce que l'hypertrophie des deux organes se rencontre parfois simultanément, il ne faudrait pas commettre l'erreur des anciens auteurs et attribuer à l'hypertrophie des amygdales des troubles qui sont imputables seulement aux végétations adénoïdes.

Depuis les travaux de Lœvenberg, il n'est plus possible de confondre ces deux ordres de lésions qui ont une symptomatologie nettement distincte et parfaitement différenciée ; les lésions de l'amygdale buccale retentissent principalement sur la déglutition, celles de l'amygdale pharyngée déterminent de préférence des troubles de l'ouïe et de la fonction respiratoire. Et si, ayant à examiner un sujet atteint d'hypertrophie des tonsilles buccales, on rencontre chez lui un certain degré de surdité parfois accompagné d'écoulements d'oreilles, de troubles respiratoires, de déformations du thorax et de la face, de la voix nasonnée, il sera indiqué d'examiner le pharynx, où le plus souvent on aura à constater la présence de masses adénoïdes plus ou moins volumineuses et enflammées.

A cause de ces rapprochements, il nous paraît indiqué d'adopter la division exposée plus haut, pour la pathologie de la troisième amygdale, car c'est aussi celle admise par les auteurs pour les lésions inflammatoires de la tonsille buccale. Nous devons ajouter que le premier groupe, les adénoïdites simples ou catarrhales, comporte une subdivision ; nous les classerons en *aiguës* et *chroniques*.

La signification de ces deux mots indique suffisamment la forme de l'affection sans qu'il soit besoin de la définir autrement ; disons seulement que par adénoïdites chroniques, nous entendons désigner

les hypertrophies amygdaliennes que l'on a appelées végétations adénoïdes.

Cette expression a au moins l'avantage de tenir compte de l'état inflammatoire que présentent continuellement ces tumeurs, et qui, par moments, se manifeste avec une telle intensité qu'il donne lieu à une poussée aiguë.

Nous laisserons de côté les adénoïdites à infections et suppurées, nous bornant à étudier les adénoïdites simples ou catarrhales, aiguës et chroniques; notre plan consistera à mener de front ces deux sortes d'affections et d'examiner successivement leur étiologie, leur symptomatologie, le pronostic, la marche, etc.

II

Etiologie et Pathogénie.

1° Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (Végétations adénoïdes)

Végétations adénoïdes. — Lœvenberg (1879) et la plupart des auteurs avaient attribué à l'influence des rudes climats une action pathogénique considérable dans la production des végétations adénoïdes. Meyer et avec lui beaucoup d'auteurs allemands prétendent qu'elles sont beaucoup plus fréquentes dans les contrées du nord de l'Europe que dans les régions du sud où le climat est plus clément.

Cette prédilection que ces auteurs ont cru remarquer pour les pays froids n'est pas fondée car, depuis que l'on a appris à mieux connaître les tumeurs adénoïdes, on en a rencontré dans tous les pays, en France, en Italie, en Espagne aussi bien que dans les contrées du Nord, et il n'est pas de médecin qui n'en trouve fréquemment des exemples dans les hôpitaux d'enfants et dans la clientèle particulière.

Ces tumeurs s'observent fréquemment dans la jeunesse et surtout dans la première enfance. Lœvenberg, en attribuant au tempérament lymphatique ou pour mieux dire à la scrofule une influence considérable, nous a donné l'explication de ce fait. Nous savons en effet, que la scrofule est une maladie qui sévit en particulier sur l'enfance; avec une prédilection bien marquée elle atteint de préférence le système des ganglions lymphatiques qui ne sont qu'un amas de follicules clos. Quoi d'étonnant dès lors, que la même affection

frappe également des organes qui ont une structure identique, le ganglion lymphatique et le follicule clos? Et celà est si vrai, que les sujets atteints de végétations adénoïdes présentent presque tous des manifestations scrofuleuses multiples plus ou moins légères : la plupart ont des engorgements ganglionnaires, d'autres des ulcères cerniaires, des conjonctivites, etc. Une preuve de plus en faveur de l'origine scrofuleuse, des masses adénoïdes, sont les écoulements chroniques de l'oreille que l'on rencontre assez souvent chez les enfants et que l'on a, avec juste raison, attribués au lymphatisme. Ces écoulements proviennent de la suppuration de l'oreille moyenne, résultat de l'inflammation primitivement développée par l'état diathésique dans les masses adénoïdes du pharynx et secondairement propagée à la caisse, par l'intermédiaire du conduit tubaire.

Un autre point de rapprochement est encore fourni par l'évolution parallèle des lésions dans les deux cas. Comme les adénopathies scrofuleuses, les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal diminuent dans l'enfance, puis finissent par disparaître à mesure que viennent les progrès de l'âge.

La coïncidence de ces deux affections à la même époque de la vie et leur similitude, explique la communauté d'origine. Pénétrés de cette idée, les premiers auteurs allemands avant que le traitement chirurgical ne fût appliqué aux végétations, les attaquaient par le traitement anti-scrofuleux : ils employaient l'huile de foie de morue, l'iode, l'iodure de potassium, le fer, les eaux minérales.

L'influence du tempérament lymphatique est donc grande dans la pathogénie de cette affection, mais celle de *l'hérédité* ne lui est assurément pas inférieure.

Meyer et Lœvenberg ont signalé les premiers ce fait et ils l'ont appuyé sur de nombreuses observations. Ce dernier cite le cas d'une famille dans laquelle la mère âgée de 35 ans, portait des végétations adénoïdes : sur 4 enfants, les 3 premiers âgés de 6, 5 et 4 ans avaient le pharynx rempli de tumeurs semblables et le quatrième, âgé de

8 mois, avait toujours la bouche ouverte, mais chez celui-ci le diagnostic ne pouvait être confirmé à cause de l'étroitesse des voies et partant de l'impossibilité de pratiquer le toucher digital.

M. Moure nous a également signalé l'influence de l'hérédité qu'il a eu maintes et maintes fois l'occasion de rencontrer chez de nombreux malades porteurs de végétations plus ou moins volumineuses.

L'angine granuleuse peut-elle jouer un rôle dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe? Ces deux affections ont entre elles une grande connexité, elles sont pour ainsi dire inséparables car on les rencontre souvent simultanément; néanmoins, il serait inexact de dire que l'angine granuleuse peut provoquer la production des masses adénoïdes; l'une et l'autre constituent à des degrés différents l'expression du même processus morbide, qui chez l'enfant, produit les végétations adénoïdes, et le plus souvent l'angine granuleuse chez l'adulte.

Chez les sujets porteurs de ces sortes de tumeurs, on rencontre simultanément le coryza chronique, on peut donc se demander si le coryza est la cause des végétations, ou s'il n'en est que la conséquence; ou bien encore si les deux affections se développent concomitamment et reconnaissent les mêmes causes. Chacune de ces trois opinions peut être soutenue.

Admettons que le coryza existe primitivement; la muqueuse pharyngée se trouve par voisinage sous l'influence d'une irritation constante qui la rend plus impressionnable par les agents extérieurs, froid, humidité, corps étrangers, traumatismes. Il y aura là un terrain éminemment favorable au développement des végétations adénoïdes, pour peu que l'hérédité ou l'état général du sujet favorise leur apparition.

Supposons au contraire que les végétations du pharynx aient fait apparition avant le coryza, l'irritation mécanique que produit leur présence sur les parties voisines, autant que l'écoulement muco-

purulent qui se fait à leur surface, ne tarderont pas à déterminer la production du catarrhe nasal, ce qui est le cas le plus habituel, à moins que les deux affections n'existent simultanément (Moure) (1).

Comme on le voit les deux affections sont inséparables, elles réagissent l'une sur l'autre de façon à favoriser réciproquement leur éclosion; mais nous serions plutôt portés à croire qu'elles s'établissent en même temps chez un même individu, car elles possèdent la même étiologie.

Adénoïdite aiguë

L'inflammation aiguë du tissu adénoïde du pharynx nasal, que nous avons appelée adénoïdite est le plus souvent de *cause externe.*

Chez les sujets porteurs de végétations adénoïdes, la présence de ces tumeurs entretient dans le pharynx un état d'irritation constant qui crée en cet endroit un *locus minoris résistentiæ*, éminemment sensible et sur lequel réagissent avec la plus grande facilité les agents extérieurs.

Parmi ces causes extérieures, il faut citer en première ligne les *perturbations atmosphériques:* le refroidissement général ou partiel, notamment le froid aux pieds, le passage d'une atmosphère chaude dans un lieu plus froid ou inversement, la transition brusque du froid au chaud, l'humidité de l'air, les changements subits de la pression atmosphérique (orages) sont les causes les plus communes.

Les boissons trop chaudes ou trop froides, les aliments fortement épicés, les excès de parole ou de chant l'abus du tabac (fumeurs de cigarettes) peuvent encore provoquer des poussées inflammatoires du côté du pharynx.

---

(1) Communication orale.

Après les causes extérieures qui sont assurément les plus fréquentes, nous devons signaler celles qui, tenant à un état morbide général, peuvent déterminer l'adénoïdité aiguë. Parmi celles-ci les maladies infectieuses jouent un très grand rôle.

Il est d'observation ancienne que la *scarlatine*, dans sa période d'invasion, provoque sur le voile du palais une rougeur assez vive également prononcée sur les amygdales buccales qui sont tuméfiées. La tonsille pharyngienne n'est pas plus épargnée que ses congénères palatines par le processus scarlatineux, et si l'angine pharyngée supérieure a été longtemps méconnue et l'est encore souvent dans le cours de cette affection, cela tient tout simplement à la difficulté qu'il y a pour le médecin de se rendre compte de son existence par les méthodes habituelles d'examen, à cause de la tuméfaction qui envahit très souvent les piliers postérieurs et les amygdales buccales, en même temps que la région pharyngée supérieure.

La *rougeole* peut, aussi fréquemment que la scarlatine, donner naissance à l'adénoïdite, c'est ou pendant la période d'invasion ou au moment de l'éruption que se déclare cette complication. La période d'invasion est en effet caractérisée par l'inflammation des parties supérieures des voies digestives et respiratoires. Les muqueuses du nez, des trompes d'Eustache, du larynx et des bronches sont atteintes de catarrhe; les yeux sont rouges et larmoyants; le catarrhe nasal provoque des éternuements avec sécrétion nasale abondante; le catarrhe bronchique provoque la toux; le catarrhe laryngé est accompagné de toux, d'enrouement et de raucité de la voix et même d'aphonie complète; enfin le catarrhe du pharynx nasal peut, en se propageant à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, déterminer une otite et provoquer des douleurs auriculaires et un écoulement purulent; quelquefois ces accidents précèdent l'éruption morbilleuse, et Dieulafoy a vu chez un enfant atteint de la rougeole une otite survenir six jours avant l'apparition des taches caractéristiques.

De même, dans la *fièvre typhoïde*, on observe fréquemment des

troubles de l'ouïe, résultant des obstacles apportés à la fonction auditive par l'établissement d'une otite moyenne; mais ce qu'il importe de savoir, c'est que cette complication est presque toujours déterminée par l'inflammation du tissu adénoïde du pharynx, laquelle est sous la dépendance de l'état typhique : l'affection primitivement établie dans le pharynx a gagné l'oreille moyenne par la muqueuse de la trompe ou par la voie lymphatique.

La *syphilis*, dans sa période secondaire, se manifeste par des lésions superficielles, atteignant de préférence la peau et les muqueuses. De plus le système lymphatique prend une part active à l'envahissement de l'organisme par la diathèse syphilitique.

Aussi les plaques muqueuses apparaissent-elles fréquemment sur les amygdales buccales et sur le tissu adénoïde de la base de la langue. Plus rarement elles envahissent le naso-pharynx et quand elles s'établissent dans cette région, elles donnent lieu à l'hypertrophie et à l'inflammation du tissu adénoïde, avec toutes leurs conséquences.

Notre maître, M. le docteur Moure, a publié récemment une étude faite en collaboration avec un de ses élèves le docteur Raulin, sur les accidents secondaires ayant pour siège le tissu adénoïde de la bouche et du pharynx; il montre la symptomatologie spéciale que détermine la localisation pharyngée de la maladie et aussi la gravité de cette dernière forme, puisqu'elle s'accompagne d'hypertrophie de la tonsille de Lushka, de catarrhe pharyngo-nasal, de troubles et de douleurs auriculaires, de troubles respiratoires, et ce autant de symptômes que nous allons le voir appartiennent à l'adénoïdite aiguë et sont autrement sérieux que ceux qui accompagnent d'ordinaire les plaques muqueuses des lèvres, des gencives ou de la langue.

D'autres maladies infectieuses : la diphtérie, l'érysipèle, l'infection purulente peuvent aussi affecter le tissu adénoïde du pharynx; la pathogénie et les symptômes sont identiques à ceux que déterminent

celles que nous venons de passer en revue, nous ne nous y arrêterons pas plus longuement; cependant nous ne voulons pas terminer l'étiologie sans parler d'une dernière variété d'adénoïdites que nous pourrions appeler traumatiques, mais que nous n'hésiterons pas à ranger parmi les adénoïdites infectieuses : c'est celle qui succède quelquefois à l'exploration digitale du pharynx.

Il arrive, en effet, que cette manœuvre détermine chez les sujets porteurs de végétations adénoïdes, une véritable exacerbation des troubles fonctionnels (Moure) qu'ils présentent habituellement. C'est ainsi qu'on observe chez eux des douleurs auriculaires et frontales plus ou moins intenses et une surdité plus ou moins accusée, accompagnée d'un écoulement purulent plus abondant; d'un autre côté, le catarrhe naso-pharyngien redouble d'intensité et devient franchement purulent; le tout est accompagné d'une fièvre pouvant atteindre jusqu'à 40°. Un frisson plus ou moins violent ouvre en général la scène.

SYMPTOMATOLOGIE

Les malades atteints d'adénoïdite se présentent tous avec un ensemble de symptômes physiques et fonctionnels, qui sont le résultat de troubles apportés par la présence des masses adénoïdes aux diverses fonctions de la cavité pharyngienne et qu'il nous importe de connaître.

Hypertrophie simple.

Les végétations adénoïdes, dans la période de début, peuvent être longtemps méconnues, souvent pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, et il n'est pas rare de les rencontrer chez des enfants qui ne se plaignent de rien ; dans la presque totalité des cas, ce n'est que lorsqu'il y a surdité ou gêne respiratoire, que l'éveil est donné. Le spectacle diffère suivant que prédomine l'un ou l'autre de ces deux signes. L'entourage d'un enfant qui, jusqu'à ce jour, paraissait être en état de parfaite santé, s'aperçoit qu'il devient dur d'oreilles et que la surdité progresse malgré les soins les mieux appropriés; on est réduit à rechercher ailleurs que dans l'appareil de l'audition la cause des troubles de l'ouïe.

Ou encore les parents remarquent un temps d'arrêt dans le développement de leur enfant, il est pâle, maigre, s'essouffle rapidement, il a pendant la nuit des accès de suffocation, il se réveille en sursaut, haletant et couvert de sueurs profuses, cortège de symptômes quel-

quefois assez importants pour faire croire à un accès de faux croup.

L'attention du médecin sera suffisamment appelée par de pareils signes du côté du pharynx nasal.

Si, à ce moment, la tonsille pharyngienne est abandonnée à elle-même, elle donnera lieu, par son hyperthrophie, à une foule de désordres et dans le pharynx et dans d'autres organes; de là, symptômes nombreux, variables, suivant les cas. Examinons brièvement ces symptômes.

Ils sont fonctionnels et physiques. Les premiers, sont les troubles de l'audition, de la respiration et de la phonation; les seconds sont constitués par le retentissement de l'affection sur l'aspect de la face et la conformation du thorax.

Troubles de l'Audition. — Sur 175 cas de tumeurs adénoïdes, Meyer a observé 130 fois des complications auriculaires. Étant donnée la communication directe exercée entre l'oreille moyenne et le pharynx nasal par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, on comprend très bien ces résultats et combien doit être facile l'extension du processus inflammatoire du pharynx à la trompe et à la caisse du tympan, par la seule raison que tous ces organes sont reliés entre eux par un réseau lymphatique extrêmement riche. Non-seulement l'inflammation se transmet de proche en proche du pharynx jusque dans la caisse, mais encore elle produit l'obstruction de la trompe, en tuméfiant les tissus et en déterminant l'hypertrophie du tissu adénoïde contenu dans l'orifice tubaire et décrit par Gerlach sous le nom d'amygdale de la trompe. Cet auteur fait jouer un rôle prépondérant à l'obstruction mécanique de la trompe.

L'affection de l'oreille consiste généralement en une inflammation catarrhale de la trompe et de la caisse, le plus souvent à marche chronique. Les malades s'aperçoivent d'une légère diminution de leur acuité auditive. Ils entendent des sifflements, des bourdonnements, mais n'éprouvent aucune douleur. Parfois on constate dans

la caisse, la présence d'une collection liquide et si la sécrétion est abondante et ne peut refluer vers le pharynx à cause de l'obstruction de la trompe, la perforation du tympan ne tarde pas àse produire. Les exacerbations du processus inflammatoire expliquent les oscillations des troubles auriculaires et de l'acuité auditive.

Cette otite peut passer à l'état chronique, l'écoulement devenir purulent et l'intégrité de l'organe de l'ouïe être sérieusement compromise; on observe souvent l'ankylose des articulations des osselets, quelquefois leur nécrose et leur élimination.

Troubles de la respiration. — Du fait de l'hypertrophie plus on moins accentuée de la tonsille pharyngienne, découle une réduction plus ou moins grande de l'étendue de l'orifice postérieur des fosses nasales, on a même observé des obturations complètes. Le passage de l'air par les fosses nasales se trouvant intercepté, la respiration devra se faire par la voie buccale, ce qui va donner naissance à une série de phénomènes importants.

Le premier en date et aussi le premier qui attire l'attention est l'ouverture permanente de la bouche, d'où certain cachet de stupidité donné à la physionomie. Puis survient le ronflement pendant le sommeil, produit par le relâchement et l'inertie du voile du palais.

Le courant d'air respiratoire et expiratoire, devant arriver dans le pharynx en traversant la cavité buccale, relève chaque fois le voile qui est appliqué sur la base de la langue, d'où résultent une série d'oscillations produisant des vibrations sourdes qui se traduisent par le ronflement, vibrations d'ailleurs augmentées comme intensité et comme nombre par la rapidité du passage de l'air à travers l'isthme du gosier rétréci par l'épaississement de la muqueuse pharyngienne.

C'est aussi l'insuffisance de la ventilation pulmonaire produite par la chute du voile du palais sur le dos de la langue, que sont dues les scènes dramatiques qui interrompent le sommeil des enfants : cauchemars, réveil en sursaut, angoisse poignante, sueurs profuses.

La plupart du temps ces accidents sont mis sur le compte de l'asthme ou d'une attaque de faux croup et non rapportés à leur cause vraie. Un autre effet de la respiration buccale consiste dans un essoufflement rapide qui ne doit pas être imputé à l'étroitesse du passage toujours assez libre pour la respiration, mais qui doit être attribué à l'excitation produite sur le poumon par un air froid venu du dehors, qui n'a pu se réchauffer et se charger de vapeurs au contact de la muqueuse des cornets.

Nous ne devons pas oublier non plus que cette condition anormale crée pour l'appareil pulmonaire une fâcheuse disposition à contracter des phlegmasies et facilite l'évolution de la plupart des maladies du poumon.

Tous ces accidents que nous venons de relater brièvement, observés et décrits depuis longtemps, ont été rapportés à l'hypertrophie des amygdales palatines parce qu'on ignorait alors l'existence de la tonsille pharyngée et la possibilité de son hypertrophie. Or on peut donner la preuve que les végétations doivent être accusées avant toute chose par ces faits d'expérience relevés par Calmettes:

1° Qu'une foule d'enfants, amputés des amygdales, ne sont pas guéris des accidents énumérés plus haut et qu'en des examens ultérieurs on leur trouve des végétations adénoïdes;

2° Que bien souvent les malades, porteurs des mêmes symptômes, ont des amygdales normales ou même petites, et qu'un examen plus approfondi fait découvrir l'existence des végétations;

3° Que chez un enfant atteint de l'hypertrophie simultanée des trois amygdales, on peut amener la guérison en n'opérant que la troisième, c'est-à-dire la tonsille pharyngienne.

Troubles de la Phonation. — L'altération de la voix constitue un symptôme important des végétations adénoïdes. La prononciation devient impossible ou tout au moins très défectueuse pour un grand nombre de lettres notamment pour les *nasales*, c'est ainsi que les

consonnes *m* et *n* deviennent la première *b* ou *p* ; la deuxième *d*. Rosapelly au moyen de la méthode graphique a donné la raison de ces transformations.

Trois facteurs principaux interviennent dans la prononciation de chaque lettre, ce sont : les mouvements des lèvres, la vibration du larynx, et la position du voile du palais. Ceci étant posé, examinons quelles sont les conditions nécessaires à la prononciation de ces divers sons. Outre l'ouverture des lèvres et les vibrations du larynx, l'*m* exige pour se produire un relâchement du voile du palais, capable de permettre le passage de l'air par les narines ; dans la prononciation *b* au contraire on constate le relèvement du voile du palais, par suite l'occlusion du pharynx nasal et la sortie de l'air par l'ouverture buccale qui s'échappe en écartant brusquement les lèvres.

Or chez nos malades les fosses nasales ont perdu leur perméabilité, et le 3e facteur de la prononciation de l'*m* (expulsion de l'air par les narines) se trouvant modifié pour devenir identique à celui de la prononciation du *b* ou du *p*, la transformation se trouve naturellement opérée.

On peut expliquer de la même manière le changement de l'*n* en *d;* pendant sa prononciation la langue s'applique sur la face interne des dents molaires, son extrémité venant butter la face postérieure des incisives supérieures, l'air s'échappe par les fosses nasales; si celles-ci sont oblitérées, l'air se fraye un passage au-dessus de la langue : ce sont là précisément les conditions de la prononciationdu *d*.

Les voyelles nasales sont celles qui sont ordinairement suivies d'une consonne nasale et qui se prononcent en même temps que cette consonne : telles sont les voyelles a, e, i, o, u, dans les sons an, en, in, on, un. Chez nos malades la consonne qui suit la voyelle n'est pas prononcée, *an* devient *a* et ainsi de suite. Exemple maman devient mama, penchant se prononce pacha, etc.

Mais les troubles de la phonation ne s'arrêtent pas à ces quelques tranformations de sons; la voix perd son intensité, devient « morte »

suivant l'expression de Meyer elle perd son éclat métallique comme le fait observer Michel de Cologne.

Aspect de la face. — Tous les individus atteints de végétations adénoïdes offrent à l'observateur un habitus particulier, une expression spéciale de la face qui imprime à leur physionomie un cachet absolument pathognomonique. Ce qui frappe de prime abord, c'est l'ouverture permanente de la bouche, la lèvre supérieure trop courte laisse les incisives à découvert; c'est là le signe le plus constant et qui existe seul pendant l'enfance. Plus tard surviennent des difformations plus importantes, et dont la cause doit être recherchée dans les troubles apportés au développement des os de la face.

Le point de départ en est dans l'atrophie et l'atrésie de la cavité des fosses nasales. Cette cavité, qui est remplacée dans ses fonctions par la bouche, subit un arrêt de développement, d'où résulte une réduction notable du calibre des fosses nasales, provoquée par la diminution simultanée des diamètres verticaux et transversaux. Les parties externes elles-mêmes participent au processus atrophique et les os propres du nez, les parties molles et le cartilage sont considérablement rapetissés. Pendant ce temps, le maxillaire inférieur se développe normalement, si bien qu'il se produit une disproportion considérable entre ses dimensions et celles du maxillaire supérieur. De là un *prognathisme* exagéré qui, joint à l'ouverture de la bouche, imprime à la physionomie un aspect niais, facilement reconnaissable à première vue.

On a encore signalé, et ceci a son importance, une forme particulière de la voûte palatine qui est dite *ogivale*, conséquence de l'atrophie des fosses nasales et du fonctionnement exagéré de la respiration buccale, ainsi que l'implantation irrégulière des dents supérieures dite en *éventail*, et qui provient de ce que la partie alvéolaire du maxillaire supérieure continue son développement, tandis que les autres s'atrophient.

Déformations du thorax. — Ces déformations ont été décrites exactement en 1843 par Alphonse Robert, mais attribuées à tort à l'hypertrophie des amygdales palatines, car on ne connaissait à cette époque l'existence de la tonsille pharyngienne.

Voici comment s'exprime cet auteur : « La poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est, au contraire, déformée, plane, et même quelquefois concave, comme si, à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avait comprimées l'une contre l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités. La colonne vertébrale est peu altérée, les cartilages costaux forment un angle saillant au point de leur insertion costale. »

Lœvenberg, par des observations faites sur des individus porteurs seulement de végétations, a pu trouver la véritable cause mécanisme des déformations.

D'après lui, elles ne doivent pas être attribuées à la respiration buccale elle-même, généralement suffisante pour les besoins de l'hématose. On doit se reporter à une époque où les tumeurs n'obstruant pas en totalité la voie nasale, la respiration se fait encore par cette voie, suppléée par intervalles par la respiration buccale. Or, si à ce moment, une poussée inflammatoire vient à augmenter le volume des végétations et à obstruer complètement les choanes, le malade ne saura pas se servir exclusivement de la respiration buccale, il fermera involontairement la bouche pendant le sommeil. A ce moment, le courant d'air respiratoire étant interrompu ou du moins très faible, il survient un besoin de respirer qui provoque un reflexe, qui se traduit la contraction énergique des muscles respirateurs, en particulier du diaphragme. La contraction musculaire a pour but, en augmentant la capacité thoracique, de faire un appel d'air dans le poumon. Mais l'air persiste à ne pas entrer ou n'entre

qu'insuffisamment, et le thorax doit supporter sur sa face externe, la pression considérable de l'air atmosphérique extérieur, qui tend à rétablir l'équilibre entre la tension intra et extra thoracique, détruite par l'augmentation de capacité de la poitrine. Dès lors, on assiste à la dépression et à la déformation du thorax à une époque où celui-ci est encore flexible et offre un peu de résistance.

Adénoïdite aiguë.

Symptômes fonctionnels et phénomènes généraux. — Dans l'intervalle des poussées aiguës, le sujet porteur d'une hypertrophie chronique de l'amygdale pharyngée, présente les troubles que nous venons de décrire; survient cette poussée, la scène change immédiatement, les troubles fonctionnels prennent une plus grande intensité et les symptômes locaux s'accentuent également.

Les parents remarquent que leur enfant, (nous savons que l'adénoïdite est plus fréquente chez celui-ci) devient tout à coup très dur d'oreilles, cette dureté pouvant aller jusqu'à la surdité complète, si bien que, dans certains cas, la montre n'est pas entendue au contact; jusque là, sans posséder une acuité auditive normale, il pouvait néanmoins se mêler à la conversation. De là, résulte un état d'abattement assez marqué, le sujet ne pouvant se mettre par l'audition en rapport avec ceux qui l'entourent.

Il accuse en outre, des phénomènes douloureux plus ou moins marqués, dans diverses régions: un certain malaise, de la courbature, des douleurs d'oreilles, de la céphalée frontale et occipitale; des troubles de la phonation et de la respiration, et un état fébrile parfois intense complètent le tableau. La cause de cette aggravation subite doit être recherchée dans l'augmentation subite de volume de la tonsille pharyngienne hypertrophiée et dans la violence du proces-

sus inflammatoire. Examinons les phénomènes généraux, nous parlerons ensuite de l'état local.

La *fièvre* annonce le début de l'affection; elle s'établit rapidement et est souvent accompagnée d'un frisson initial. La température s'élève en peu de temps et oscille entre 39° et 40°, pouvant aller dans quelques cas rares jusqu'à 41°. Comme dans l'amygdalite aiguë, la poussée fébrile est éphémère et au bout de peu de temps la température ne tarde pas à s'abaisser. En même temps que la fièvre s'annoncent d'autres signes généraux. Le malade a le visage rouge, il accuse de la rachialgie, de la courbature, de la faiblesse musculaire. Souvent il existe un symptôme, signalé par M. le professeur Vergely comme étant sous la dépendance de lésions inflammatoires du naso-pharynx : la *céphalée postérieure*, caractérisée par une sensation de pesanteur et de constriction parfois violente dans la portion occipitale de la tête; cette névralgie occipitale s'exaspère par la toux et par les mouvements de la tête.

Les troubles de la *respiration* sont ici très marqués.

En dehors de la poussée inflammatoire, la respiration pouvait parfois, en partie du moins, s'effectuer par la voie nasale si les végétations n'étaient pas assez volumineuses pour obturer les choanes; maintenant les fosses nasales ne sont plus perméables, et le malade tenant la bouche ouverte, respire bruyamment.

Il ronfle pendant la nuit et son sommeil est agité, car le voile du palais, inerte, et d'ailleurs repoussé en bas par l'augmentation de volume de l'organe contenu dans le pharynx supérieur, vient parfois s'appliquer sur la base de la langue; l'isthme du gosier, déjà encombré par les mucosités qui s'écoulent d'en haut, se trouve de ce fait rétréci, et l'accès de l'air dans le poumon devenant insuffisant, le malade se réveille en sursaut.

La *phonation* se trouve aussi très altérée. Nous avons vu que dans l'hypertrophie chronique, la voix est nasonnée et la prononciation défectueuse; nous avons donné le mécanisme de ces modifications.

A l'état aigu, non seulement ces altérations persistent, mais encore elles s'accentuent. Bien plus, souvent, par suite de l'état de plénitude du pharynx et des douleurs que produit, dans cette région, la compression du tissu enflammé contre les parois de cette cavité, le malade est incapable de parler à haute voix et il se contente de murmurer les mots du bout les lèvres. Le retentissement de la voix, met, en effet, en vibration les parois des cavités buccale et nasale, que l'on peut considérer dans la phonation comme des caisses de résonnance, et l'articulation des mots avec force nécessite la contraction de certains muscles du pharynx et du voile du palais; de là résultent des tiraillements qui vont se répercuter jusque dans les parties enflammées et exaspèrent la douleur; il s'ensuit que le malade, pour ne pas les provoquer, évite de parler à haute voix.

Les douleurs auriculaires et frontales, signes fonctionnels importants, seront décrites avec les troubles physiques que l'on observe du côté de l'oreille et des fosses nasales; nous trouverons là leur explication.

Symtômes physiques. — Le tissu adénoïde du *pharynx* présente des signes évidents d'imflammation : il est turgescent, bosselé, mais on ne l'aperçoit sous cet aspect qu'après l'avoir nettoyé avec une éponge, car il est habituellement recouvert d'un mucus jaune verdâtre, épais, visqueux parfois mêlé de sang. Ce mucus est surtout abondant au réveil, car pendant la nuit il s'accumule dans la cavité pharyngienne. Le plus souvent quand on examine la gorge on aperçoit la paroi postérieure du pharynx buccal rouge et injectée, elle est aussi tapissée de mucosités qui proviennent en grande partie de l'arrière nez. Souvent on y distingue des granulations parfois volumineuses et rapprochées, qui ne sont autre chose que des follicules clos hypertrophiés.

Chez l'enfant doué comme on le sait d'un système lymphatique susceptible de prendre un développement exagéré sous l'influence

d'une irritation quelconque, même légère, on ne sera pas étonné qu'il existe presque toujours de l'engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires, de ceux de la nuque, du cou et même du creux sus-claviculaire.

Du pharynx comme point de départ, l'inflammation gagne les parties voisines et détermine du côté des fosses nasales et de l'oreille une aggravation des lésions déjà existantes. La muqueuse pituitaire n'échappe pas à l'état pathologique qui frappe l'arrière cavité des fosses nasales. Elle présente tous les symptômes du *coryza aigu :* Elle est rouge, tuméfiée et devient le siège d'une sécrétion en général peu abondante de mucosités. Le cornet inférieur fortement tuméfié vient se mettre en contact avec le plancher et la cloison du nez.

En même temps que la rhinoscopie fait découvrir cet état des fosses nasales, le malade accuse les signes habituels du coryza aigu : céphalalgie frontale et sus-orbitaire, sensation de plénitude et de lourdeur de la face résultant de la propagation de l'inflammation aux sinus frontaux et maxillaires, enchiffrènement, sensation d'obstruction des voies nasales, inutiles efforts pour faire passer l'air et désobstruer les narines, éternuements, larmoiement et irritabilité de la conjonctive si la muqueuse du canal nasal se trouve enflammée. Du côté de l'oreille nous rencontrons des symptômes d'obstruction de la trompe, accompagnés le plus souvent d'otite moyenne catarrhale aiguë. La muqueuse de la trompe, se continuant directement avec celle de la cavité naso-pharyngienne, participe à son inflammation, elle se gonfle, ses glandes s'hypertrophient, des bouchons muqueux s'accumulent à la surface des parties enflammées et toutes ces circonstances se réunissent pour diminuer le calibre du conduit tubaire.

La diminution de l'ouïe et les bourdonnements d'oreilles sont la conséquence de l'obstruction, car l'air contenu dans la caisse ne pouvant se renouveler par la trompe d'Eustache, il se résorbe; l'équilibre de pression qui existe normalement entre les deux faces

du tympan est rompu, et cette membrane, projetée en dedans, est moins apte à vibrer sous l'influence des ondes sonores; d'où *diminution de l'ouïe* à des degrés divers. De plus, dans sa projection vers la caisse, le tympan entraîne avec lui le manche du marteau, met en mouvement la chaîne des osselets, partant la base de l'étrier, qui presse sur la fenêtre ovale et le liquide labyrinthique, ce qui produit les *bourdonnements*.

L'inflammation de l'oreille moyenne se traduit par des sensations douloureuses. Au début, c'est un simple sentiment de gêne, de tension, de plénitude; mais pour peu que l'otite soit sérieuse, le malade éprouve dans la profondeur de l'oreille une douleur vive, lancinante, qui s'irradie vers les parties voisines, augmenté par les mouvements de déglutition et la toux, mais non par la pression sur le devant du conduit auditif, ce qui, joint à son siège profond, la distingue de la douleur de l'otite externe. On observe quelquefois des phénomènes nerveux qui peuvent devenir inquiétants : ce sont des vertiges, des éblouissements, des vomissements, de l'agitation et même du délire.

Si à ce moment on examine le tympan, on trouve que cette membrane est d'un rouge vif, surtout le long du marteau, et qu'elle a perdu une partie de sa transparence. S'il existe un épanchement abondant dans la caisse, le tympan se trouve refoulé au dehors sous forme d'un bourrelet rougeâtre et violacé.

Chez les sujets qui sont atteints d'otite moyenne chronique, la poussée inflammatoire détermine brusquement une aggravation de cette affection. La suppuration, d'habitude très faible, devient aussitôt très abondante, et le pus qui encombre la caisse du tympan, ne pouvant s'écouler par la trompe obstruée, est obligé de se faire jour à travers cette membrane, en produisant une perforation. Quelquefois, l'inflammation gagne la région mastoïdienne qui devient le siège d'une tuméfaction considérable et de douleurs atroces.

A l'examen direct du tympan, on trouve cette membrane grisâtre,

opaque, bombée; une perforation plus ou moins étendue laisse écouler une certaine quantité de pus mêlé de sang.

Différences qui résultent dans la symptomatologie de l'état du pharynx antérieur à la poussée aiguë.

Nous savons que les végétations subissent, du fait de l'inflammation, une augmentation de volume en rapport direct avec la violence de celle-ci ; mais, il faut savoir aussi que tous les sujets n'ont pas de l'hypertrophie tonsillaire au même degré. De là, une certaine diversité dans les troubles fonctionnels. Si les végétations sont volumineuses, remplissent la presque totalité de la cavité naso-pharyngienne, sont étalées sur la voûte, tapissent les parois latérales, descendent sur la paroi postérieure et obstruent complètement les choanes, l'état aigu ne modifiera nullement le mode de respiration : le passage de l'air se fera nécessairement par la bouche, les troubles de la phonation seront encore les mêmes, avec cependant une plus grande difficulté dans l'articulation des mots. Mais alors surviendront de vives douleurs résultant de la compression des filets sensitifs du pneumogastrique et du glosso-pharyngien par les masses hypertrophiées et enflammées, ainsi que la céphalie postérieure dont nous avons parlé. Dans ce cas, la lésion aura fatalement un retentissement sur la muqueuse de la caisse du tympan, des fosses nasales et même quelquefois sur celle de la partie buccale du pharynx, en déterminant du coryza aigu, de l'otite moyenne aiguë, de la rougeur des piliers de l'isthme du gosier, parfois de l'hypertrophie inflammatoire des amygdales buccales avec gêne de la déglutition.

Supposons au contraire, ce qui arrive le plus souvent, que les végétations soient d'assez petit volume pour ne pas obstruer complètement l'orifice postérieur des fosses nasales, le tissu enflammé s'hypertrophie et l'obstruction survient. Les sujets offrent alors un facie tout différent de leur état habituel. En temps ordinaire, la

respiration se faisait plus ou moins bien par la voie nasale, elle est maintenant impossible et indépendamment des autres signes le malade se présente la bouche ouverte. Pendant la nuit, les mucosités s'accumulent dans l'espace pharyngo-nasal, l'obstruction devient plus complète, la respiration se fait encore par la bouche, d'où ronflement et les autres conséquences déjà étudiées.

Dans ce deuxième cas, les malades peuvent éprouver les douleurs frontales et occipitales dont nous avons parlé, mais elles sont en général moins accusées, car la tuméfaction de la région est ici moins considérable, et, partant, la compression qui s'exerce sur les terminaisons nerveuses et qui provoque les phénomènes douloureux, moins vive.

A côté de ces deux formes, il en est d'autres dans lesquelles les lésions se présentent avec moins de gravité. Les symptômes sont variables et on peut observer une série d'états inflammatoires depuis la simple forme de catarrhe naso-pharyngien jusqu'à la forme tubaire. L'hypertrophie folliculaire est ici peu accusée et, suivant qu'elle porte sur la paroi postéro-supérieure du pharynx ou sur les parois latérales, elle donne lieu dans le premier cas à des phénomènes de coryza postérieur avec voix nasonnée, enchifrènement, sensation d'obstruction partielle des fosses nasales et, dans le second, à des phénomènes d'obstruction tubaire : sensation de plénitude de la trompe, difficulté de renouveler l'air de la caisse, diminution de l'acuité auditive et bourdonnements (bruits de coquillage, de vagues, sifflements) dont nous avons déjà indiqué le mode de production. Les douleurs observées dans les deux premières formes n'existent pas dans celles-ci ou du moins elles sont peu accusées.

III

Marche. — Durée. — Terminaison.

L'hypertrophie simple suit une marche liée à l'évolution des tumeurs adénoïdes. On l'observe rarement chez les jeunes enfants. C'est vers l'âge de 4 à 6 ans qu'elle se montre avec la plus grande fréquence, car c'est à cet âge que le tissu adénoïde a atteint tout son développement et qu'il donne aussi naissance au plus grand nombre d'accidents, en particulier aux troubles de l'audition. Cet état se prolonge plusieurs années, puis vers la quinzième année le tissu adénoïde entre en général dans une phase regressive, l'activité inflammatoire s'atténue et son volume décroît de plus en plus. On voit alors les sécrétions muco-purulentes diminuer, la surface tomenteuse de la cavité retro-nasale se régulariser plus ou moins.

Le tissu adénoïde semble donc avoir une existence limitée, et tendre habituellement de lui-même à s'atrophier, à disparaître. Cependant, cette disparition ne se fait jamais totalement et le reliquat consiste tantôt en une pharyngite glanduleuse, tantôt en une rougeur diffuse qui occupe le pharynx nasal et buccal, s'accompagnant parfois de laryngite et de rhinite des plus tenaces.

Dans bien des cas même cette atrophie n'est que partielle ou ne se produit pas, et il nous a été donné assez souvent de voir opérer à la clinique laryngologique et otologique des adultes de 25 ans et au-dessus. M. le docteur Raulin a, du reste, attiré l'attention sur ces hypertrophies tardives persistantes de l'amygdale de Luschka et il a rapporté plusieurs exemples pris à la clinique de son maître le doc-

teur Moure. Depuis la publication de ce travail, des faits analogues ont été publiés par différents auteurs.

Nous savons que l'adénoïdite chronique possède une tendance remarquable à passer à l'état aigu. Ce passage se fait brusquement, après un malaise général plus ou moins accusé et un ensemble de symptômes généraux sur lesquels nous n'avons pas à revenir ici, les symptômes locaux de l'affection s'établissent. A ce moment apparaissent les phénomènes que nous avons étudiés du côté de l'oreille, les troubles respiratoires, la voix nasonnée, le coryza, les douleurs, etc. Cet état dure généralement deux jours, puis, sous l'influence d'un traitement approprié, l'amélioration s'établit graduellement, et tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment où apparaît une nouvelle poussée aiguë. Si cette dernière survient rarement et d'une façon passagère, les complications locales peuvent être nulles et éphémères; si, au contraire, les inflammations se répètent fréquemment, il en résulte généralement des altérations plus graves portant le plus souvent sur l'appareil auditif (synéchies, otites moyennes, sèches ou suppurées, perforations permanentes du tympan), sur les fosses nasales (coryza chronique), ou sur le pharynx et le larynx.

Diagnostic. — Pronostic.

Pour un observateur attentif le diagnostic de l'existence des tumeurs adénoïdes est facile à faire. L'attitude de la face et l'ouverture constante de la bouche, la prononciation vicieuse, les troubles auriculaires sont pour ainsi dire des signes pathognomoniques, surtout chez l'enfant. Il faut cependant remarquer que celui-ci, quand il se sent observé, ferme souvent la bouche, mais qu'il l'ouvre à nouveau dès que l'on distrait son attention.

Quand on est mis en éveil par ces symptômes il faut pour confirmer le diagnostic recourir à des procédés d'investigation plus minutieux mais aussi plus sûrs. Ils sont au nombre de trois : la rhinoscopie antérieure, la rhinoscopie postérieure et l'exploration digitale.

Ce n'est pas ici le cas de décrire ces procédés bien connus de tous aujourd'hui. Disons cependant que le toucher digital nous paraît être le moyen de diagnostic le meilleur. Il est facile à pratiquer, il ne nécessite par un exercice habituel de l'éclairage et des instruments employés dans les deux premiers procédés; il est par conséquent à la disposition de tous les praticiens, alors que les deux autres, et surtout la rhinoscopie postérieure, exigent une habileté manuelle, que l'habitude seule de manier le miroir rhinoscopique peut nous donner.

Les adénoïdites présentant quelques symptômes qui leur sont communs avec quelques autres affections, il conviendra de les différencier de celles-ci. Le diagnostic différentiel devra être fait entre l'adénoïdite chronique et l'hypertrophie des amygdales, les polypes naso-pharyngiens, l'étroitesse congénitale des fosses nasales.

Nous savons que très souvent les symptômes attribués à l'*hypertrophie des amygdales* buccales sont dus à l'anédoïdite chronique. Ces deux affections se rencontrent souvent chez le même sujet; d'autres fois elles existent séparément. Dans le premier cas le diagnostic est facile à établir, il suffit de se rappeler que la gêne de la respiration nasale et la surdité ne peuvent être attribuées qu'à une lésion de la région naso-pharyngienne, et non comme on le fait trop souvent à la simple hypertrophie des amygdales buccales (Moure). Le toucher digital léverait du reste les doutes s'il en restait à cet égard.

Les *polypes naso-pharyngiens* ont la même insertion que les tumeurs adénoïdes, mais ils sont plus durs, produisent des hémorrhagies fréquentes et spontanées, grossissent rapidement et ont tendance à envabir les fosses nasales. On les rencontre plus fréquemment chez le sexe masculin; d'ailleurs l'examen direct permettrait de les reconnaître. Quant aux polypes muqueux des fosses nasales, le diagnostic en est facile à l'aide de la rhinoscopie antérieure.

L'*étroitesse congénitale des fosses nasales* n'est généralement pas suffisante pour gêner le sujet.

L'adénoïdite aiguë devra elle aussi être différenciée de l'amygdalite, du coryza et de la pharyngite aiguë.

L'*amygdalite* peut présenter d'une façon plus ou moins parfaite quelques signes de l'adénoïdite aiguë : gêne de la déglutition, de la fièvre, etc. La présence ou l'absence de troubles auditifs qui appartiennent à l'adénoïdite, et l'examen direct viendront éclairer le diagnostic à moins que l'amygdalite, comme cela arrive fréquemment, n'accompagne l'adénoïdite.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel entre l'adénoïdite et le *coryza aigu* dont les signes sont suffisamment caractéristiques, celui-ci ne s'accompagnant pas de troubles auditifs à moins que l'inflammation n'existe en même temps du côté de la cavité retro-

nasale. Dans ce cas, l'exploration digitale, en faisant connaître la présence ou l'absence de végétations adénoïdes, éclairera le diagnostic.

La *pharyngite aiguë* accompagnée de fièvre présente des symptômes subjectifs, analogues à ceux de l'adénoïdite, mais là encore le toucher viendra déterminer s'il existe ou non des masses adénoïdes.

Enfin, dans les cas d'otite aiguë avec généralisation de l'inflammation à la muqueuse de la trompe, du pharynx et des fosses nasales, la diflérenciation à faire sera la même que pour la pharyngite et pour toutes les affections dans lesquelles l'inflammation envahit toute la muqueuse pharyngée. On se bornera à constater la présence de végétations.

Le pronostic des adénoïdites est grave. A propos de la symptomatologie, nous avons insisté sur les troubles auriculaires et la fréquence des otites moyennes catarrhales et purulentes, capables d'entraîner la surdité.

D'un autre côté les défauts de prononciation, l'obstruction nasale, la pharyngite, l'atrophie de la face, l'hébétude de la physionomie constituent un ensemble d'infirmités qui méritent, croyons-nous, toute l'attention du médecin.

L'ablation de ces tumeurs est le seul procédé capable de faire disparaître tous ces désordres, en totalité si le sujet est jeune, en partie seulement, si on a affaire à un adulte.

TRAITEMENT

Le traitement se divise naturellement en deux parties :

1° Traitement de l'état aigu ;

2° Traitement de l'état chronique.

I — État aigu.

A l'état aigu, nous devons surtout nous occuper de combattre les complications qui surviennent du côté et des fosses nasales et de l'oreille. Le traitement s'adressera aussi aux symptômes généraux.

On combattra le *coryza* en faisant des fumigations répétées avec des solutions faiblement antiseptiques, contenant de l'acide borique, du borax, du bichlorure de mercure. On emploiera pour cela le vaporisatenr ordinaire. Les injections nasales d'eau de guimauve tiède ont été préconisées et donnent habituellement de bons résultats. On se sert d'un appareil qui consiste en un récipient portant un tube formant siphon, et à l'extrémité duquel s'adapte une canule nasale.

Signalons en passant un inconvénient des injections si celles-ci ne sont pas faites avec précaution. Il faut avoir soin en effet de procéder à ces injections en projetant doucement le liquide dans les fosses nasales. En voici la raison. Par suite de son état inflammatoire l'amygdale pharyngée hypertrophiée, vient le plus souvent s'appliquer sur les choanes surtout vers la partie médiane. Il en résulte

que la communication qui existe normalement entre les deux fosses nasales par l'intermédiaire de l'arrière cavité, se trouve interceptée. Le liquide, s'il était poussé violemment, ne pourrait donc s'écouler librement par l'autre narine et comme il aurait de la peine à refluer en arrière à cause de la présence de la canule à l'orifice antérieur, il pourrait s'engager dans la trompe et de là dans la caisse, où à cause des mucosités qu'il entraînerait, il pourrait donner lieu à une otite aiguë et même suppurée de l'oreille moyenne, si ces affections n'existaient pas déjà.

Du côté de l'oreille, on pourra pratiquer des distillations calmantes avec de la glycérine morphinée, de l'hydrate de chloral, de l'acide phénique, en somme de tous les calmants habituellement employés pour combattre l'otalgie; on ne négligera pas de faire des injections antiseptiques avec l'acide borique ou le bichlorure employé en solution faible.

Localement on pourra combattre l'inflammation du tissu adénoïde par des attouchements pratiqués avec une solution iodo-glycérinée ou du chlorure de zinc à 1 pour 50. Ce dernier médicament donne souvent les meilleurs résultats, en arrêtant l'inflammation. Ces attouchements demandent à être faits avec une grande douceur et au moyen de porte-ouates, qui présentent une courbure particulière, suivant que l'opération se fait par les fosses nasales ou par la bouche. Ce dernier procédé est le plus employé et le plus commode.

La tige du porte-ouate étant recourbée à peu près à angle droit, on introduit son extrémité en arrière du voile du palais, en se servant s'il est nécessaire d'un releveur de la luette.

Nous conseillerons aussi les vaporisations retro-nasales pour le traitement local. On se sert d'une canule spéciale, dont l'une des extrémités recourbée porte une olive qui s'engage derrière le voile du palais, l'autre extrémité s'adapte à un vaporisateur ordinaire. Le liquide est une solution antiseptique faible, légèrement chauffée, ou simplement de l'eau de guimauve tiède.

On devra aussi traiter l'état général. Au début si l'état fébrile est très accusé on pourra donner du sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes ou un gramme en deux ou quatre paquets. L'antipyrine à la dose de un gramme, pourra rendre de grands services, car elle aura pour effet de calmer les douleurs. Si celles-ci sont violentes, comme celà arrive fréquemment du côté de l'oreille, on fera de la révulsion sur l'apophyse mastoïde, au moyen de la teinture d'iode, de vésicatoires ou de pointes de feu. Enfin dans les cas très aigus où les douleurs auriculaires prennent une telle violence quelles deviennent intolérables, la paracentèse du tympan les calmera immédiatement, si elles sont dues à l'abondance de la suppuration intra-tympanique.

II. — État chronique.

L'évolution de l'adénoïdite aiguë une fois terminée, il importe d'en prévenir le retour, car nous savons que cette affection est sujette à de fréquentes répétitions; à ce moment, quoique le malade ne présente que des symptômes atténués comparés à ceux qu'il avait lors de la poussée aiguë, il ne convient pas de l'abandonner à lui-même, il faut au contraire lui proposer un traitement énergique en vue de prévenir les nouvelles attaques.

Ce traitement s'adresse à l'état général et à l'état local.

1° TRAITEMENT MÉDICAL. — Il consiste à donner aux malades les médicaments anti-scrofuleux et reconstituants, tels sont : l'huile de foie de morue, l'iode, le fer, l'iodure de potassium, les eaux minérales. Les bains de mer ont aussi une heureuse influence sur la répression des tumeurs adénoïdes.

Ce traitement était exclusivement employé, alors qu'on croyait à

la régression spontanée des tumeurs; il permettait de se dispenser de l'intervention chirurgicale. Maintenant que l'emploi des moyens locaux a été reconnu indispensable, le traitement médical a perdu de son importance, et beaucoup de praticiens le laissent entièrement de côté. Mais il n'en reste pas moins un adjudant utile du premier, capable d'améliorer l'état général et de maintenir la guérison.

2° TRAITEMENT LOCAL. — *a/. Cautérisation.* — Les substances employées le plus communément sont des solutions de potasse caustique, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent et d'acide chromique.

Pour porter le médicament jusque dans l'arrière nez, on fait usage du porte-ouate dont nous avons déjà parlé, en se servant autant que possible de la rhinoscopie postérieure qui permet d'explorer la région et de porter l'action du médicament sur telle ou telle partie. Le releveur de la luette permettant l'agrandissement de l'isthme pharyngo-nasal trouve ici son indication.

On a aussi pratiqué les cautérisations à l'aide du galvano-cautère.

La cautérisation est peu appliquable chez les enfants, ceux-ci se prêtant difficilement à l'examen rhinoscopique postérieur, et à des séances répétées d'attouchements pharyngiens; elle sera surtout réservée pour les adultes.

Ce procédé peut rendre des services dans certains cas déterminés, ainsi chez les individus pusillanimes ou chez les enfants dont les parents rejettent l'opération; les cautérisations fréquemment renouvelées peuvent détruire les tumeurs adénoïdes, mais à cette méthode lente, nous préférons l'ablation qui permet de débarrasser les sujets de leurs tumeurs, souvent en une seule séance.

b/. Ablation. — Le mode de traitement, auquel tous les auteurs accordent la préférence, consiste à détruire les tumeurs en agissant directement sur elles.

Depuis quelques années, il a paru une foule d'instruments destinés à l'opération des tumeurs adénoïdes. Les premiers permettaient de faire l'opération par le nez (anneau de Meyer). Les autres, et ce sont les plus généralement employés, sont faits pour aller pincer, trancher ou râcler les végétations adénoïdes en passant par l'orifice buccal.

Nous n'allons pas passer en revue tous les instruments qui ont été inventés en vue de cette opération; quelques-uns sont très ingénieux et ils peuvent tous avoir leur indication dans certains cas; mentionnons le couteau de Lange, la curette de Trautmann et enfin le système de pinces de Stœrck, Catti, Lœvenberg, Delstanche, Scheck, etc. Nous nous contenterons de décrire les plus employés aujourd'hui.

Le couteau de Gottstein est un couteau annulaire.

L'anneau supporté par l'extrémité d'une tige assez longue pour permettre son introduction dans l'arrière cavité nasale en passant par la bouche, est coudé presque à angle droit sur le manche. Une seule partie de l'anneau est tranchante, c'est la partie opposée au talon de l'instrument, cette partie est située transversalement par rapport au manche. Les deux branches latérales de l'anneau, plus épaisses que la branche transversale, sont mousses sur toutes leurs faces, presqu'arrondies, et ont pour but de protéger la muqueuse contre le tranchant.

Chatellier a modifié l'instrument de Gottstein en donnant à la portion annulaire une convexité particulière pour lui permettre de saisir plus commodément les tumeurs appendues à la voûte pharyngée.

Une heureuse modification a aussi été introduite par M. Moure. Elle consiste dans l'adaptation à la pièce principale, d'une petite tige portant à son extrémité une partie annulaire, au centre de laquelle sont placées trois griffes dont l'extrémité se dirige en arrière et en bas. Cette partie possède la même forme et la même courbure que

la partie principale de l'instrument. A l'endroit de la courbure existe une charnière qui permet à l'anneau à griffe de s'écarter de l'anneau qui porte le couteau; un ressort maintient la partie accessoire appliquée sur l'autre et résiste modérément à l'écartement. De plus, le tranchant du couteau est légèrement dirigé en arrière, tandis qu'il était vertical dans l'instrument primitif de Gottstein.

Cette modification a été faite en vue de saisir la tumeur, de la ramener après l'avoir coupée et de l'empêcher ainsi de tomber dans les voies respiratoires; elle a son analogie dans la fourchette de l'instrument de Fenestock pour l'amygdalotomie buccale.

L'adénotome de Delstanche se compose d'un manche vertical supportant à angle droit un tube à coulisse, terminé par une pince. La manœuvre de ce tube fait, au moyen de tiges convenablement disposées, serrer ou desserrer à volonté les mâchoires de la pince. Il comprend une tige externe et une tige interne pouvant se mouvoir dans la première, portant la pince à laquelle on peut donner toutes les directions possibles.

L'instrument de Lœvenberg est une pièce terminée par deux lames coupantes dont les bords tranchants sont appliqués l'un contre l'autre, tant que l'instrument est fermé. Elle possède une double courbure en S. L'articulation est placée près des mors, pour conserver une grande longueur de branches qui donne un levier puissant et permet de couper facilement. Les becs coupent par rapprochement.

Nous allons décrire en terminant le manuel de l'opération faite à l'aide de l'instrument de Gottstein, telle que nous l'avons vu souvent pratiquer à la clinique rhinologique.

Le malade est assis en face de l'opérateur qui éclaire la cavité buccale au moyen de l'éclairage direct ou réfléchi.

L'antisepsie et l'anesthésie (1) du champ opératoire ont été préala-

---

(1) L'anesthésie générale devra être employée exceptionnellement. On la réservera pour quelques malades récalcitrants, les enfants principalement. Elle sera pratiquée avec le cloroforme et le bromure d'éthyle.

blement faits au moyen de lavages antiseptiques, et d'attouchements à la cocaïne.

Le chirurgien tient de la main gauche un abaisse langue et de la main droite il tient solidement l'adénotome. La portion annulaire étant dirigée en haut, on l'introduit doucement derrière le voile du palais et on la porte directement en haut, en s'efforçant d'appliquer autant que possible la convexité qu'elle présente sur la voûte pharyngée jusqu'à ce que la branche horizontale de la portion annulaire vienne au contact de la cloison. A ce moment, exerçant une certaine pression, on fait basculer l'instrument et on laboure ainsi la paroi supérieure et la paroi postérieure du pharynx; puis, sans retirer l'instrument, on porte de même son action successivement sur chacune des parois latérales; on retire l'instrument et on fait gargariser le patient avec une solution boratée. — L'opération ainsi pratiquée s'exécute très rapidement; elle est néanmoins suffisante pour permettre de débarrasser complètement le pharynx quelquefois en une seule séance.

L'hémorrhagie consécutive à l'ablation de ces tumeurs ne présente aucune gravité; elle est peu abondante et cesse spontanément.

En terminant, nous ferons remarquer qu'on doit éviter de pratiquer l'ablation des tumeurs adénoïdes au moment de la poussée aiguë. A ce moment, le traumatisme chirurgical pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences, en augmentant la violence du processus inflammatoire par lequel sont envahis le pharynx et les organes voisins.

On ne devra donc faire l'opération que dans l'intervalle des poussées inflammatoires aiguës.

IV

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent ont été recueillies en partie à la clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez, dirigée par M. le docteur Moure. La première est due à l'obligeance de M. le docteur R. Beausoleil.

Les adénoïdites, qui font l'objet de ce travail, se présentant généralement à nous toujours de la même façon, nous n'avons pas cru devoir multiplier les observations. Bien que nous en ayons recueilli un assez grand nombre dans le court espace de temps passé dans le service de laryngologie, nous n'avons voulu signaler que les cas qui nous ont paru les plus probants.

OBSERVATION I

(INÉDITE)

Adénoïdite chronique : Poussées inflammatoires répétées avec otite moyenne suppurée.

(Observation dont les détails sont dus à l'obligeance de M. le Docteur R. Beausoleil.)

Gabriel G.., âgé de 9 ans, habitant Bordeaux.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère est entachée de lymphatisme.

Antécédents personnels. — Gabriel G.. est un enfant maigre, chétif, très anémié,

il a toujours été souffreteux. Il présente le facie caractéristique des sujets porteurs de végétations adénoïdes; la voûte palatine est très nettement ogivale; il respire la bouche ouverte, il souffle la nuit et son sommeil est souvent interrompu de brusques réveils.

Appelé auprès du malade le 10 octobre 1891, je trouve cet enfant se plaignant de douleurs d'oreilles violentes, surtout du côté gauche. Il avait passé une mauvaise nuit éprouvant des douleurs auriculaires très vives, surtout à droite. A son réveil, les parents avaient remarqué que le conduit auditif de ce côté était le siège d'un écoulement purulent abondant. Il présentait de la fièvre, son sommeil était agité, il avait un peu de délire, souffrait de maux de tête, d'une sensation de brûlure siégeant principalement dans l'arrière nez; lorsqu'il se mouchait, les douleurs augmentaient, il éprouvait une certaine difficulté pour avaler, sans qu'il y eût inflammation du côté des amygdales.

Examen du malade. — *Fosses nasales.* — Rien à signaler, si ce n'est cependant une légère étroitesse des cavités.

Pharynx. — Rouge dans toute son étendue, il est tapissé de mucosités, surtout dans la partie supérieure. En relevant le voile du palais, on constate nettement la présence de végétations adénoïdes que nous jugeons volumineuses. Étant donné l'état inflammatoire de toute la région, nous nous abstenons de faire le toucher digital.

Oreille gauche. — Le tympan est bombé, rouge, surtout le long du manche du marteau et dans sa partie postéro-supérieure, on constate tous les signes d'une otite moyenne aiguë avec suppuration imminente.

La surdité est absolue de ce côté : la montre n'est pas entendue, même au contact. La perception crânienne n'a pas été prise; l'épreuve de Weber et l'expérience de Rinne n'ont pas été faites.

Oreille droite. — Elle est le siège d'une suppuration abondante qui ne permet pas d'examiner les parties profondes.

Larynx. — Rien à signaler de ce côté.

En présence de cet état inflammatoire, je prescris des instillations calmantes, révulsion énergique sur l'apophyse mastoïde du côté gauche. Du côté droit, on pratique des lavages avec la solution bichlorurée.

Traitement général, tonique, etc., irrigations nasales.

Deux jours après, les douleurs avaient cessé, l'écoulement du côté droit était

presque tari ; il n'y avait pas eu d'écoulements du côté gauche grâce probablement à la révulsion qui avait été faite.

Au bout de quelques jours, la famille me ramène l'enfant. Je constate alors par le toucher digital et la rhinoscopie postérieure, et en me servant du releveur de la luette, la présence de végétations adénoïdes, siégeant surtout aux parties latérales ; sur la partie médiane, elles sont étalées et peu saillantes. La respiration nasale se fait assez difficilement.

L'enfant n'entend la montre qu'à 0,05 centimètres à gauche, et à 0,03 centimètres à droite. La perception crânienne est bonne.

Le tympan du côté droit est déprimé, très mince, présente des traces de plusieurs perforations ; il est adhérent à la caisse, surtout dans sa partie antéro-inférieure. Le manche du marteau, très saillant, apparaît en raccourci. Du côté gauche, la membrane du tympan présente sensiblement le même aspect que du côté droit.

Le cathérisme des trompes ne se fait pas sans quelques difficultés, leur orifice étant en partie obstrué par les végétations adénoïdes; il est cependant praticable et une fois que le bout de la sonde a pénétré dans l'orifice, je constate que les conduits tubaires sont libres dans leur trajet ; l'auscultation ne fait entendre aucun râle.

Je propose à la famille de faire l'ablation des tumeurs adénoïdes, en lui disant que cette opération qui est sans danger, améliorera considérablement l'enfant, et j'insiste sur les conséquences fâcheuses de la présence de végétations pharyngiennes tant au point de vue de l'audition que de l'état général ; la famille demande à réfléchir, bien que depuis 2 ans il se soit produit quatre ou cinq poussées inflammatoires, semblables à la dernière, ayant chaque fois amené une suppuration de l'oreille.

Le 15 novembre je suis une deuxième fois appelé auprès de l'enfant. Il s'est produit une nouvelle poussée inflammatoire. Je constate à peu près les mêmes symptômes que ceux observés lors de ma première visite : fièvre, frissons, douleurs violentes dans les deux oreilles et l'arrière cavité des fosses nasales, maux de tête. Cette fois l'oreille gauche seule est le siège de l'inflammation et malgré tous les révulsifs employés, la suppuration s'établit. L'oreille droite ne présente aucune lésion inflammatoire. Le traitement consiste, comme la première fois, au lavage de la caisse et instillation de sulfate de zinc.

Quelques jours après je revois le malade complètement guéri de sa suppuration et n'éprouvant aucune douleur. Pour la deuxième fois je propose l'opération, depuis cette époque, je n'ai pas revu le malade que la famille ne veut pas encore faire opérer.

OBSERVATION II

(PERSONNELLE)

(Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure.)

Gaston L..., né à Bordeaux, âgé de 12 ans, vient consulter le docteur Moure le 20 octobre 1891, se plaignant de surdité partielle bilatérale, particulièrement accusée à gauche. Cet enfant présente le type classique des sujets atteints de végétations adénoïdes.

Il est d'apparence chétive et peu développé pour son âge. Il respire la bouche ouverte et tient le regard fixé sur les lèvres de son interlocuteur quand on lui parle; la mère se plaint que son fils n'est pas attentif quand on l'appelle, il est distrait, parle peu et évite de jouer avec ses camarades.

Le visage est aplati transversalement, le nez aminci est presque aussi large à la base que sur le dos; la voûte palatine est légèrement ogivale et l'arcade dentaire supérieure est rétrécie transversalement. Pas d'irrégularité dans l'implantation des dents si ce n'est que les incisives supérieures font un peu saillie en avant, elles sont à moitié recouvertes par la lèvre supérieure qui est légèrement relevée.

Les déformations thoraciques sont peu accusées, le thorax paraîtrait un peu aplati transversalement et le sternum fait un peu saillie en avant.

La respiration se fait habituellement par la bouche aussi bien à l'état de veille que pendant le sommeil; l'enfant ronfle en dormant et s'éveille parfois dans la nuit. Cependant les fosses nasales sont encore perméables, et l'action de souffler par le nez, la bouche étant fermée est possible, mais elle fait entendre un sifflement et un bruit de râle particulier qui indique que l'orifice postérieur des fosses nasales n'est pas entièrement libre et qu'il existe là un amas de mucosités.

La surdité a débuté il y a 6 ans environ. Elle s'est établie lentement et ne se manifeste pas toujours avec le même degré. Tantôt l'enfant entend assez bien et on le croirait même guéri, puis à un moment donné, à l'occasion d'un refroidissement, d'un rhume, la mère a remarqué qu'il devenait beaucoup plus sourd. Avec cette dureté plus accusée coïncident souvent des douleurs d'oreille parfois violentes et qui sont généralement calmées par un écoulement purulent du conduit auditif

externe. Cet écoulement se fait toujours du même côté et est parfois assez abondant surtout quand surviennent les douleurs. En temps ordinaire il est peu prononcé et même il peut tarir complètement. Ces douleurs d'oreilles présentent le caractère d'être lancinantes, l'enfant entend les battements de son pouls; elles s'irradient dans la région frontale et le malade accuse une violente migraine, il a aussi quelquefois de la céphalée postérieure.

En même temps que les douleurs, l'enfant a de la fièvre, il a le visage rouge, les mains chaudes, il éprouve du malaise, il manque d'appétit et est abattu. Cet état de choses dure 2 ou 3 jours, puis la fièvre tombe, l'écoulement diminue, l'ouïe s'améliore et tout disparaît pour un certain temps.

L'enfant a éprouvé les désordres que nous venons de signaler il y a huit jours environ, mais comme cette fois les symptômes ont été plus graves et que l'enfant est resté plus sourd que de coutume, la mère s'est décidée à conduire son enfant à la clinique otologique.

Nous avons exploré par le toucher et par la rhinoscopie postérieure le naso-pharynx et nous l'avons trouvé occupé par des tumeurs assez volumineuses, leur volume étant plus considérable du côté gauche; le doigt qui explore revient teinté de sang et ramène des mucosités en même temps que des débris de la tumeur.

Par la rhinoscopie antérieure on aperçoit une muqueuse un peu rouge surtout vers la partie postérieure où sont accumulées quelques mucosités.

L'examen buccal révèle de la rougeur des piliers surtout des postérieurs, les amygdales sont un peu rouges mais ne présentent qu'une légère hypertrophie. La paroi pharyngée postérieure est rouge et injectée; elle a perdu son aspect lisse normal et à la partie supérieure on aperçoit 3 follicules clos volumineux qui font saillie sur la muqueuse. Quelques mucosités filantes s'écoulent du naso-pharynx et tapissent l'arrière-gorge. A l'examen laryngologique, on ne trouve rien.

L'examen de l'oreille révèle une otite catarrhale moyenne de médiocre intensité. Il existe des traces de cicatrices sur la membrane du tympan, l'une située en bas et en arrière paraît être de date plus récente que les autres. La membrane a perdu sa transparence; elle est un peu enfoncée. La montre forte est entèndne à 2 centimètres à gauche et à 8 centimètres à droite.

Le 2 novembre M. Moure fait l'ablation des tumeurs au moyen de la curette de Gottstein. Le pharynx est complètement débarrassé en une seule séance. L'opération ne produit qu'une faible hémorrhagie.

Huit jours après le malade se présentait à la clinique et nous observions que l'acuité auditive s'était améliorée, la voix était devenue plus claire.

Nous avons revu le malade un mois après l'opération, depuis cette époque, aucune

nouvelle poussée aiguë ne s'est produite du côté du pharynx ; l'enfant entend mieux et son aspect général paraît plus satisfaisant.

OBSERVATION III

(PERSONNELLE)

(Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure).

Céline D..., âgée de 12 ans et demi, demeurant à Bordeaux, se présente à la clinique de la rue Franklin le 12 octobre.

C'est une enfant peu développée pour son âge ; son visage est aplati transversalement et allongé dans le sens vertical ; la partie de la face correspondant au maxillaire supérieur paraît avoir subi un arrêt de développement ; les pommettes sont aplaties. L'enfant respire la bouche ouverte ; la lèvre supérieure est légèrement relevée et laisse apercevoir les incisives ; la dentition est régulière.

La voûte palatine est ogivale.

Le thorax présente quelques difformations. La poitrine est aplatie transversalement et offre une sorte de rétrécissement de son diamètre au niveau de l'appendice xiphoïde. Au-dessous de cette portion rétrécie les côtés et les cartilages costaux continuent à s'écarter de plus en plus ; le thorax présente vaguement l'aspect d'un sablier.

La voix est nasonnée. La prononciation de l'*m* est difficile, l'enfant prononce *pouton* au lieu de *mouton*.

L'acuité auditive est assez faible. Les accidents du côté de l'oreille ont débuté dès le jeune âge, à l'époque de la première dentition. Il existait à cette époque un écoulement du côté gauche qui venait et disparaissait par intermittences.

L'enfant s'enrhume facilement et a du catarrhe naso-pharyngien chronique. Elle souffre souvent de la gorge et éprouve par moments des douleurs d'oreilles et des douleurs névralgiques frontales et occipitales. La mère a remarqué qu'à ces moments là elle avait de la fièvre, l'aurexie, et éprouvait du malaise.

A l'examen du pharynx nous trouvons des végétations adénoïdes assez volumi-

neuses, qui sont le siège d'une inflammation assez légère. Elles sont étalées sur les parties latérales et obstruent en partie les choanes.

L'examen de l'oreille révèle des deux côtés une otite catarrhale; sur les deux tympans on trouve des cicatrices.

Le 25 octobre, les végétations adénoïdes sont enlevées au moyen de la curette de Gottstein. L'opération s'exécute sans complication.

Nous avons revu la malade quelque temps après, son ouïe s'est améliorée, le catarrhe naso-pharyngien a disparu, la respiration se fait mieux par les fosses nasales et si ce n'était l'habitude qu'a prise l'enfant de respirer par la bouche, elle se ferait sans doute totalement par les voies naturelles. Elle paraît avoir pris un peu d'embonpoint et a le visage moins pâle que de coutume.

OBSERVATION IV

(PERSONNELLE)

(Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure).

Jean B..., né à Bordeaux, âgé de 7 ans, se présente pour un écoulement chronique à gauche, le 1er décembre 1891. Bouche ouverte, lèvre supérieure relevée. Nez saillant et aplati transversalement. Voûte palatine ogivale. Légère surdité à droite. A gauche la surdité est plus accusée (M. G. léger contact).

Le malade souffre de temps en temps de douleurs auriculaires et ces douleurs coïncident avec un écoulement plus abondant et une acuité auditive plus faible des deux côtés.

Respire par la bouche et ronfle pendant le sommeil; toutefois le passage de l'air dans les fosses nasales n'est pas impossible, mais assez difficile; pendant que l'on fait souffler le malade par le nez en lui faisant fermer la bouche on perçoit un sifflement.

A l'exploration du pharynx, on le trouve rempli de végétations adénoïdes, tant sur la face postérieure que sur les faces latérales.

Examen de l'oreille. — A droite pas de lésions de la membrane du tympan,

L'acuité auditive est conservée, quoiqu'un peu diminuée. A gauche il existe une perforation occupant le segment postéro-supérieur. Otite moyenne suppurée.

On enlève les végétations adénoïdes séance tenante et 8 jours après on fait un nouveau curetage du pharynx.

Depuis nous avons revu cet enfant. Il ferme mieux la bouche et son audition s'est améliorée.

OBSERVATION V

(PERSONNELLE)

(Recueillie à la clinique du docteur Moure).

Edmond J....., âgé de 7 ans et demi, né à Bordeaux.

Apparence chétive, le développement de la face ne paraît pas en rapport avec l'âge de l'enfant ; les pommettes sont aplaties le nez saillant et rétréci, la portion cartilagineuse est aussi large à la base (insertion avec les os propres du nez) que sur le dos. La face inférieure de cet organe regarde un peu en haut et en avant. La bouche est ouverte, la lèvre supérieure légèrement relevée permet d'apercevoir les incisives supérieures. Voûte palatine ogivale.

Les parents sont bien portants, notons cependant que la mère s'enrhume facilement et est souvent atteinte de maux de gorge. Elle respire de préférence par la bouche surtout pendant le sommeil. Il existe chez elle de l'hypertrophie des amygdales palatines. Le pharynx n'a pas été examiné.

Le jeune Edmond J. a présenté, à la suite d'une pneumonie survenue il y a un an, un écoulement par conduit auditif externe du côté droit. Un certain degré de dureté de l'ouïe accompagné de douleurs auriculaires existait en même temps. L'écoulement a cessé au bout de quelques jours pour revenir 3 mois après. Depuis cette époque la voix a toujours été un peu nasonnée.

L'enfant respire par la bouche et ronfle pendant le sommeil.

La mère nous apprend que l'enfant s'enrhume fréquemment. A ce moment la respiration s'effectue plus difficilement par la voie nasale, l'audition est diminuée,

le catarrhe pharyngo-nasal habituel augmente d'intensité. Quelquefois surviennent des douleurs auriculaires, et l'enfant se plaint de mal de gorge.

Il y a un mois à la suite d'un refroidissement cet enfant a présenté les symptômes que nous venons d'énumérer. Il n'y avait pas d'hypertrophie des amygdales palatines et un léger état fébrile coïncidait avec quelques douleurs auriculaires. Cet état a duré deux jours.

A l'examen nous trouvons de l'hypertrophie des amygdales palatines. L'exploration de l'arrière nez n'a pu être pratiquée par la pharyngoscopie à cause de l'étroitesse de l'isthme du gosier résultat de cette hypertrophie, mais avec le doigt introduit dans cette région on perçoit, la sensation particulière que donne le contact des végétations adénoïdes; d'ailleurs avec le toucher nous ramenons quelques débris de végétations adénoïdes et l'examen provoque quelques crachats triés de sang. Actuellement pas d'otorrhagie. Ouïe assez bonne, la voix est légèrement voilée et nasonnée.

CONCLUSIONS

1° L'amygdale pharyngée possède une pathologie spéciale qui ne doit pas être confondue avec celle de l'amygdale buccale, mais qui présente avec elle de nombreuses analogies au point de vue anatomo-pathologique;

2° L'hypertrophie folliculaire du pharynx nasal connue sous le nom de végétations adénoïdes constitue une prédisposition marquée aux inflammations de cette région;

3° Sous l'influence de causes nombreuses : froid, traumatismes, fièvres éruptives, affections diathésiques, le tissu adénoïde du pharynx nasal peut s'enflammer d'une manière aiguë;

4° L'inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée se manifeste par une aggravation brusque des symptômes qui caractérisent l'hypertrophie simple de l'amygdale de Lushka. Les troubles de la respiration et de la phonation sont plus marqués, il existe une série de troubles généraux : fièvre, courbature, en même temps que des phénomènes douloureux se manifestent dans tout le naso-pharynx et suivant les cas du côté des oreilles de la nuque (céphalée postérieure) du front, etc.;

5° La marche de l'affection est rapide, mais ses retours sont fréquents;

6° Le pronostic peut être grave au point de vue auditif si les manifestations aiguës sont fréquentes et intenses;

7° Le meilleur traitement consiste à débarrasser le malade des végétations dont il est porteur. On ne devra opérer que dans l'intervalle des poussées inflammatoires.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de Thèse,
Dr MASSE.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 29 décembre 1891.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnozan et Moure. — Article Pharynx. — Dictionnaire de Dechambre.

Calmettes. — *Gazette Médicale* de Paris. 1883. p. 306.

— *Journal de Thérap. Contemp.* 6 Août 1886.

Chatellier. — Thèse de Paris. 1886.

Collet. — Thèse de Lyon. 1886.

Delstanche. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, tome XI, Sept. 1885. p. 296.

Dionisio (J.). — Sur le traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal. (*Il Sordomuto.* Mars-Avril 1891.)

Dubief. — Thèse de Paris. 1878.

Fabre (Paul). — Thèse de Montpellier. 1885.

Foenkel (Berlin). — Ueber adénoïde végétationen. *Deustche med. Wochenschritft.* 1884, n° 41.

Gaugofner. — Annales des mal. de l'oreille et du larynx, t. IV. 1878.

Gottstein. — De l'opération des végétations adénoïdes. *Berliner* Klin. Wochenschrift.

Hieguet. — Modification de la cuvette de Gosttein. *Revue du laryng. d'otol. et de rhin.* 1er novembre 1891.

Hirschberg. — Contribution à l'étude des tumeurs rétro-pharyngiennes (*Arch. f. Klin. Chir.* XLI, 4).

Justi — Ueber adénoïde. Neubildungen. *Volkmann's Sammlung kliniche Vortræge.* Leipzig. 1878.

Loevenberg. — Des tumeurs du Pharynx nasal, Paris. 1879.

— Des tumeurs du Pharynx nasal. *Gazette des Hôpitaux.* 1878.

Marduke Sheild. — Lecture sur les relations entre les affections du nez et celles des oreilles (*The Lancet.* 28 Mars 1891).

Meyer. — Archiv. für Ohrenheilkunde, juli. 1873.

Michel (de Cologne). — Maladies des fosses nasales (Traduction française de Capart).

MORELL-MACKENSIE. — Maladies de la gorge et du nez. Trad. Moure.

MOURE. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales.

MOURE ET RAULIN. — Contrib. à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglotiques (3e et 4e amygdales). *Rev. de laryng. d'ot. et de rhin.* 15 Mars et 1er Avril 1890.

NICULESCU. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal au point de vue spécial du traitement et des complications (Thèse de Bucharest 1891).

OLLIVIER ET CHAUMIER. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. *(Le Progrès médical.* 31 Janvier 1891).

PEISSON. — Thèse de Paris. 1883.

POLITZER. — Traité des maladies de l'oreille. Traduction française par Joly. 1884.

— Zur Therapie der mit ad. Veg. in Rachemraum complicirten Erkranhungen des Mittelohrs. *(Allg. Wien., méd. Zeitung.* 1875).

ROUSSEAU. — Curettes électriques pour les vég. ad. du pharynx nasal *(La Clinique* 11 Juin 1891).

SCHALLE. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. VIII. 1882.

STEWART. — Des végétations adénoïdes du naso-pharynx *(Deuts médicin Wochenschrift.* 12 Mars 1891).

WAGNIER. — Contribution à l'étude des rapports des tumeurs adénoïdes avec l'otite purulente chronique (Soc. franc. d'otol. et de laryng. *La Semaine méd.* 6 Mai 1891).

Bordeaux. — Imprimerie centrale A. DE Lanefranque, rue Permentade, 23-25.